

Original

Los consejos de salud como instrumento de participación comunitaria en La Rioja

Pablo Alberto Sáinz-Ruiz^{a,*}, Jorge Mínguez-Arias^b y José Ramón Martínez-Riera^a^a Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia, Universidad de Alicante, Alicante, España^b Escuela Universitaria de La Rioja, La Rioja, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 28 de febrero de 2017

Aceptado el 10 de septiembre de 2017

On-line el 3 de febrero de 2018

Palabras clave:

Consejos de salud

Participación comunitaria

Promoción de la salud

Políticas de salud

RESUMEN

Objetivo: Describir el funcionamiento y la normativa de los consejos de salud de La Rioja como órganos de participación ciudadana en la gestión de la salud.**Método:** Se ha realizado un estudio cualitativo que emplea una triangulación del examen del marco institucional nacional y regional de los consejos de salud, con la revisión de 58 actas oficiales de las sesiones y la realización de 11 entrevistas semiestructuradas a personas vinculadas.**Resultados:** En el estudio se observa la presencia dominante de una visión biomédica-tecnológica, una baja formación en dinámicas de participación comunitaria y un funcionamiento desestructurado de los consejos, dominados por la Administración pública sanitaria y centrados en una función de transmisión de información que genera la pérdida de implicación proactiva de la ciudadanía.**Conclusiones:** A pesar de estas deficiencias, los consejos pueden constituir un instrumento eficaz para la gestión sanitaria si existe voluntad política y una adecuada conciencia ciudadana.© 2018 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Health councils as an instrument of community participation: a qualitative research in La Rioja (Spain)

ABSTRACT

Objective: To describe the functioning and regulations of health councils in La Rioja (Spain) as vehicles for citizen participation in health management.**Method:** A qualitative analysis was conducted triangulating the national and regional institutional framework reviews of health councils, the official minutes of 58 meetings, and 11 semi-structured interviews with related persons.**Results:** The analysis revealed a predominantly biomedical-technological standpoint, a lack of training in community participation dynamics, and an absence of structure in council operations. The councils were also found to be over-powered by public healthcare administration and restricted to a role of simply transmitting information, thereby neglecting an opportunity for proactive community involvement.**Conclusions:** In spite of these shortcomings, community health councils can operate as efficient instruments in health management as long as the necessary political will and appropriate community awareness both exist.© 2018 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La toma de decisiones compartidas o negociadas se plantea como un modelo de gestión eficiente en el ámbito asistencial para la respuesta a las demandas ciudadanas en caso de conflicto de preferencias y atención proactiva de enfermedades crónicas, en su condición dinámica y multifactorial, e igualmente adecuada en el contexto de un Estado social y democrático de derecho^{1–5}. La participación comunitaria en salud (PCS) aparece como un principio fundamental en cualquier propuesta internacional, estatal o

autonómica, si bien en España se ha desarrollado de forma desigual según territorios y bajo medidas poco concretas e incipientes^{6–8}.

En los años 1970, con una sociedad fragmentada por las desigualdades sociales y un distanciamiento entre la ciudadanía y las instituciones, se abrieron espacios de participación desde una joven posición conceptual de la salud con una perspectiva social que fue asumida por organizaciones, diversos informes (Alma-Ata, Ottawa, Yakarta) y textos legislativos^{6,9,10}. La promoción de la salud, cuestión clave en la atención primaria, se relaciona habitualmente con la PCS¹¹, entendida como «el proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y de la colectividad, y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunitario»⁹. La PCS requiere un sistema en el que los/las

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pabloalberto.sainz@gmail.com (P.A. Sáinz-Ruiz).

ciudadanos/as, los/las profesionales y la Administración mantienen un entramado de relaciones complejo, maleable y multidireccional, desde un enfoque tanto asistencial como gubernamental⁶. En ambos enfoques, la PCS no debe ser entendida como la información o la mera consulta de técnicos-políticos a la comunidad, lo que Arnstein¹² denomina «participación de fachada», sino que debe apuntar a lo que esta autora define como «verdadera participación» y otros entienden por «empoderamiento» en salud: la implicación/cooperación de la ciudadanía en la toma de decisiones de forma activa, consciente, responsable, deliberada, organizada y mantenida en el tiempo^{7,13–15}.

En el contexto sanitario, los órganos formales de PCS son los consejos de salud (CS), creados por la Ley General de Sanidad (1978) y posteriormente desarrollados por diversas regulaciones. Sin embargo, como dice Antoñanzas¹⁶, la existencia de CS no garantiza *per se* una verdadera PCS, y su adecuado funcionamiento es un desafío pendiente para las instituciones públicas.

La literatura sobre participación comunitaria ha adoptado preferentemente una perspectiva teórico-conceptual, y en las naciones democráticas con sistemas sanitarios desarrollados, como España, la PCS es deficitaria y apenas hay investigaciones sobre la realidad empírica de los CS¹⁷. Una excepción es el estudio documental sobre CS en Castilla-La Mancha de 1992–1994, cuya autora destaca el escaso cumplimiento de las funciones encomendadas, particularmente por falta de voluntad política^{18,19}. En esta línea, nuestro trabajo tiene como objetivo describir el funcionamiento y la normativa de los CS de La Rioja como órganos de participación ciudadana en la gestión de la salud.

Método

Se realizó una investigación cualitativa entre los meses de enero y junio de 2016. El ámbito de la investigación concierne a los CS de la Comunidad de La Rioja (España), que desde la última reorganización (Orden 06/2013) cuenta con un área de salud compuesta por 20 zonas básicas de salud, 12 rurales y 8 urbanas. No existe Consejo de Salud de Área, y el funcionamiento de los CS es irregular, lo que dificulta su seguimiento.

Para alcanzar el isomorfismo entre la información obtenida y la realidad se ha triangulado metodológicamente la recogida de datos a partir de tres fuentes elegidas por la consistencia de la información que aportan sobre este tema:

- Un análisis del marco institucional nacional y regional sobre los distintos órganos de PCS a partir de veinte textos legales.
- Cincuenta y ocho actas de reuniones del Consejo Riojano de Salud (CRS) y de 12 Consejos de Salud de Zona (CSZ), siete de ellos rurales, facilitadas por la Consejería de Salud y las personas que fueron entrevistadas. Se analizaron la asistencia, la periodicidad y el desarrollo de las sesiones, y se llevó a cabo la agrupación de las actividades registradas de acuerdo con la codificación realizada a partir de una síntesis de las funciones establecidas en el marco normativo: cinco funciones del CRS y seis de los CSZ, que se detallan en la [tabla 1](#).
- Once entrevistas semiestructuradas a informantes clave para entender, desde una perspectiva fenomenológica, la interpretación que cada uno hace del binomio salud-enfermedad y del concepto de PCS, que de acuerdo con la teoría del interaccionismo simbólico²⁰ va a condicionar su participación en los CS. Dichas entrevistas se realizaron con notas de campo, grabadas en audio bajo consentimiento informado, con una duración media de 50 minutos, y realizadas a once participantes ([tabla 2](#)) seleccionados a través de «muestreo intencional» y «muestreo de bola de nieve» entre personas que tienen o han tenido vinculación con los CS, hasta llegar a la saturación de datos discutida entre los

Tabla 1

Agrupación de las actividades registradas en actas según la síntesis de las funciones del Consejo Riojano de Salud y los Consejos de Salud de Zona

CS	Función	Descripción	Actividades registradas (%) ^a
CRS	1	Informar, conocer (aprobar) plan de salud, anteproyectos, presupuestos. . .	75
	2	Elaborar, impulsar o dirigir propuestas de políticas de salud, estudios de evaluación. . .	0
	3	Control y coordinación de los CSA o CSZ	16,7
	4	Elaborar informe anual de sus actividades	0
	5	Otras funciones (ruegos y preguntas)	8,3
	Total de registros en actas del CRS		100
CSZ	1	Informar, conocer programas de salud, funcionamiento del centro y servicios, adecuación de estructuras físicas, dotaciones materiales o personal	45,4
	2	Proponer, promover recursos materiales y humanos, programas de salud	10,5
	3	Estudiar, analizar o evaluar problemas sanitarios de la zona, satisfacción de personas usuarias	19,1
	4	Comunicación con otras entidades, velar por que las actuaciones sean adecuadas	8,6
	5	Aprobación anual de su programa de acción	0
	6	Otras funciones (ruegos y preguntas)	16,4
	Total de registros en actas de CSZ		100

CRS: Consejos Riojano de Salud; CS: Consejos de Salud; CSA: Consejos de Salud de Área; CSZ: Consejos de Salud de Zona.

^a Número de registros de actividades, agrupadas según el tipo de función, entre el total de actividades registradas en las actas del CRS y de los CSZ, respectivamente.

autores. Del guion diseñado para la realización de las entrevistas semiestructuradas se dedujeron tres categorías, y a partir de ellas se organizaron los códigos que emergieron en el análisis inductivo de las transcripciones de las grabaciones. Las entrevistas fueron realizadas por el primer autor, sin vinculación con los CS y sin ningún conflicto de intereses.

Resultados

El proceso de categorización de entrevistas se sintetiza en las tres categorías en que se han organizado los resultados de la triangulación de las fuentes de información utilizadas ([tabla 3](#)).

Participación comunitaria

Hace referencia al proceso por el cual la comunidad asume responsabilidades sobre su salud y bienestar, contribuyendo al desarrollo de políticas saludables acordes con sus necesidades.

En cuanto al significado atribuido a la salud y a la PCS, las personas entrevistadas reconocen la ambigüedad de los significados de salud y PCS como posible causa del difícil proceder en los CS, que muestran una orientación muy biomédica y tecnológica: «La salud y la participación comunitaria son conceptos escurridizos a la hora

Tabla 2

Datos personales de los sujetos entrevistados

Código	Edad	Sexo	Formación académica	Vinculación con CS	Pertenencia a CS
Entrevista 1	35	Hombre	Licenciado	CS	No
Entrevista 2	54	Mujer	Diplomada	CS	No
Entrevista 3	52	Hombre	Licenciado	Esporádica en CSZ	No
Entrevista 4	61	Mujer	Diplomada	CSZ	Sí
Entrevista 5	58	Hombre	Diplomado	CSZ	Sí
Entrevista 6	60	Hombre	Licenciado	CRS	Sí
Entrevista 7	64	Hombre	Diplomado	CRS	Sí
Entrevista 8	38	Mujer	Licenciada	CRS	Sí
Entrevista 9	43	Mujer	Doctora	CRS y CSZ	Sí
Entrevista 10	49	Mujer	BUP	CRS y CSZ	Sí
Entrevista 11	58	Hombre	Doctor	CRS	Sí

CRS: Consejos Riojano de Salud; CS: Consejos de Salud; CSZ: Consejos de Salud de Zona.

Tabla 3

Triangulación de la revisión normativa, entrevistas y análisis de actas

Normativa	Entrevistas	Actas
Con el último Decreto 29/2006 que regula los CSZ de La Rioja se reduce la representación de 20 a 15 miembros	«[...] Los CS están absolutamente politizados. ... la Administración y los municipios son mayoría en las reuniones, aunque no descartado.» (Entrevista 7) «[...] Es necesario incluir a más colectivos; cuanto más esté representada la ciudadanía, muchísimo mejor.» (Entrevista 5) «[...] A veces se han utilizado (los CS) como megáfonos de otro tipo de intereses.» (Entrevista 2) «[...] Lo que pide un alcalde es mejoras y más mejoras de sanidad y tecnología.» (Entrevista 1)	La función mayormente desarrollada en los CSZ es la transmisión de información (45,4%), y en segundo lugar la gestión de recursos humanos o materiales (19%). La función de transmisión de información alcanza el 75% en el CRS Menos reuniones a partir del Decreto 29/2006.
El Decreto 29/2006 reduce la frecuencia de reuniones de trimestral a cuatrimestral, y el rol de secretario lo desempeña el Director de Zona	«[...] La periodicidad de las reuniones que dice el reglamento no se acata, ni en los CSZ ni en el CRS. Como no creen en la PCS. ... pues no convocan. Vamos que, indiferencia total.» (Entrevista 10) «[...] Ha habido pocas reuniones. ... pero era algo que apenas se le prestaba atención, por parte de la Administración y por la población.» (Entrevista 9) «[...] También afecta que ahora sea el director quien tenga la figura de secretario.» (Entrevista 5)	CSZUrb2: 12 reuniones en 1995-2006 y dos en 2006-2017 CSZRur2: ocho reuniones en 1995-2006 y cuatro en 2006-2017
El Decreto 29/2006 recoge las mismas funciones para los CSA y los CSZ	«[...] Las decisiones que se toman en el CS suelen ser por consenso y no son vinculantes, por lo que es solo a modo de información.» (Entrevista 2) «[...] Tienen funciones muy limitadas, aunque las desconozco en detalle.» (Entrevista 8)	Muchas de las reuniones convocadas tienen el propósito de aclarar las funciones de los CS
Se reconoce la PCS como derecho ciudadano y recurso del EAP para la promoción de la salud	«[...] Las horas que dedicaba al CS eran de mi vida personal... Creo que reconocer la PCS en la cartera de servicios incentivaría su práctica.» (Entrevista 4) «[...] Suele ser la trabajadora social la que tiene mucho interés en que esto se desarrolle.» (Entrevista 8)	Al 83% de las reuniones no ha acudido algún representante del EAP y al 61% no ha asistido ninguno. La trabajadora social asiste al 100% de las reuniones
No hay organigrama de los CS ni diagrama de comunicación entre CS ni entre vocales; con el último decreto no hay vocal de la consejería en los CSZ	«[...] Como no aparece por decreto el que tenga que haber un representante de la consejería, ahora no hay conexión. ... o la desconozco.» (Entrevista 2) «[...] En los CSZ se tratan muchas cosas, pero ahí se queda todo. No llega al CRS ni a la ciudadanía.» (Entrevista 10) «[...] Tiene que haber una buena moderación, para que las reuniones fueran efectivas, es que si no se hacían muy largas y en ocasiones se quedaban en nada.» (Entrevista 9)	Varias actas muestran el desconocimiento de a quién y cómo enviar las propuestas No hay ninguna reunión convocada por petición expresa de las vocalías (se necesita acuerdo de una tercera parte de los/las representantes)

CRS: Consejos Riojano de Salud; CS: Consejos de Salud; CSA: Consejos de Salud de Área; CSZ: Consejos de Salud de Zona; EAP: Equipo de Atención Primaria; PCS: participación comunitaria en salud.

de detectar las ganancias o pérdidas que generan» (entrevista 11). Esta orientación es observable cuando las personas entrevistadas refieren que la experiencia y el conocimiento sistemático del personal sanitario le concede un papel más significativo en la dirección y toma de decisiones, y ello, añadido a la presencia mayoritaria de la Administración en los CS, condiciona la adecuada PCS. Las personas entrevistadas indican que estos órganos sirven de «megáfonos para otros intereses» y se olvidan de las iniciativas de promoción de la salud, que superan escasamente el 10% en los CSZ y que son inexistentes en el CRS (tabla 1).

Las diferencias en la interpretación de la PCS son visibles dentro de un mismo CS y entre ellos, y más aún entre zonas rurales y urbanas, donde el sentimiento de pertenencia o la historia colectiva condicionan la dinámica grupal.

Las personas entrevistadas destacan distintas propuestas de mejora para un correcto desempeño de la PCS: necesidad de potenciar la representación ciudadana, clarificar competencias, incluir funciones decisorias, retroalimentar las iniciativas, mayor

frecuencia de las reuniones, calidad de estas, y reconocimiento e incentivación de la PCS en la cartera de servicios del personal sanitario.

Contexto

Conjunto de circunstancias, factores socioculturales y condiciones políticas o normativas que circunscriben e influyen en la interpretación y el desarrollo de la PCS.

Respecto a la influencia del marco legislativo en el ejercicio de la PCS, desde la Constitución de 1978, en la que la participación ciudadana aparece como derecho fundamental (artículo 23-1), y su concreción en el contexto sanitario por la Ley General de Sanidad mediante la creación de los CS, este derecho se ha ido perfilando según las diferentes normas que configuran el Sistema Nacional de Salud y su organización en los ámbitos nacional y regional de acuerdo con el proceso de transferencia de competencias a las comunidades autónomas, que culmina en 2001 en

Tabla 4

Referencias normativas sobre la organización de la participación comunitaria en la gestión del Sistema Nacional de Salud y del sistema público de salud de La Rioja

Disposición ^a	Contenido ^{b,c}
N - Constitución Española (1978)	Participación ciudadana como derecho fundamental (art. 23-1)
N - R.D. 137/1984, sobre estructuras básicas de salud (BOE n° 27)	Inicio del proceso de transferencia de competencias en materia de salud a algunas comunidades autónomas, delimitación de zona de salud, centro de salud, equipo de atención primaria
R - Orden, del 21 de mayo (BOR n° 62)	Se determinan las zonas de salud de la ciudad de Logroño: estructura básica de desarrollo de la atención primaria y reconocimiento de la PCS
N - Ley 26/1984, General de Defensa de Consumidores y Usuarios (BOE n° 176)	Principios de representación, consulta y participación de las asociaciones de consumidores y usuarios en la resolución de disposiciones sobre materias que les afecten (art. 22)
R - Decreto 38/1985 (BOR n° 119)	Se crean 17 zonas básicas de salud en la CAR y se establece su delimitación territorial
N - Ley 14/1986, General de Sanidad (BOE n° 102)	Derecho a participar en políticas sanitarias (art.10) y creación del CRS (art. 53), y de los CSA con sus funciones y constitución básica (art. 57-58)
R - Decreto 32/1986 (BOR n° 84)	Se crea una única Área de Salud en la CAR. No existen los CSA ni el CRS
R - Decreto 83/1990 (BOR n° 114)	Se constituyen y se establece la primera composición y funciones de los CS de cada zona de salud de la CAR
R - Ley 4/1991 de creación del Servicio Riojano de Salud (BOR n° 49)	Diseño de la estructura organizativa y de gestión. Se establece (pero no se constituye) el CRS, su composición y funciones (arts.19 y 26), y la composición y funciones de los CSA (arts. 30 y 34)
R - Decreto 23/1992 (BOR n° 70)	Se constituye el CRS como máximo órgano de participación de la Administración sanitaria de la CAR (art. 1)
R - Decreto 20/1995 (BOR n° 65)	Modificación de la composición de los CSZ (art. 2), se revisan sus funciones con escasas modificaciones (art. 5,7)
N/R - R.D. 1473/2001 (BOE n° 311 y BOR n° 156)	Se establecen las competencias, servicios y funciones que se traspasan a la CAR, las reservadas a la Administración del Estado y aquellas en las que deben concurrir ambas Administraciones
R - Ley 2/2002, de Salud (BOR n° 106)	Asume regulaciones previas de los órganos de PCS y añade la posibilidad de crear consejos en centros asistenciales (título IV)
N - Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (BOE n° 128)	Establece el Consejo de Participación Social en el Sistema Nacional de Salud: Comité Consultivo, Foro Abierto de Salud y Foro Virtual (cap. IX)
R - Decreto 29/2005 y 30/2005 (BOR n° 56)	Se constituyen tres áreas de salud en la CAR hasta 2007. No hay constancia de la constitución de los respectivos CSA
R - Orden 2/2005 (BOR n° 56)	Nueva reorganización de las zonas básicas de salud en la CAR, creándose una nueva, hasta un total de 19
R - Decreto 29/2006 (BOR n° 62)	Regulación vigente. Se establecen la composición, las funciones y el funcionamiento del CRS (cap. II), de los CSA (cap. III) y de los CSZ (cap. IV)
R - Decreto 121/2007 (BOR n° 136)	Se vuelve a constituir una única área de salud para la CAR. El CRS tiene comunicación directa con los CSZ
N - Ley 33/2011 General de Salud Pública (BOE n° 240)	Derecho de participación (art. 5) y se crea el Consejo Asesor de Salud Pública, órgano colegiado de consulta y participación (art. 45)
R - Orden 6/2013 (BOR n° 136)	Nueva reorganización de zonas básicas de salud en la CAR, creándose una nueva, hasta un total de 20

CAR: Comunidad Autónoma de La Rioja; CRS: Consejos Regional de Salud; CS: Consejos de Salud; CSA: Consejos de Salud de Área; CSZ: Consejos de Salud de Zona; PCS: participación comunitaria en salud.

^aÁmbito: N, nacional; R, regional.

^bNo figuran las disposiciones más colaterales. Así, por ejemplo, la Ley 7/1985 Reguladora de las Bases del Régimen Local (BOE n° 80), o la Ley 30/1992 de Régimen Jurídico de Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común (BOE n° 285), o la Ley 3/2003 de Organización del Sector Público de la CAR (BOR n° 32).

^cParece relevante citar los documentos, aunque no normativos, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: *Avanzando hacia la equidad. Propuesta de Políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España* (2015) y *Estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud* (2013).

el caso de La Rioja (tabla 4). En esta Comunidad, la organización territorial-sanitaria ha sufrido modificaciones según los distintos gobiernos, y las funciones, las directrices y la composición de los CS han sido cambiantes, evidenciando la ausencia de una estrategia de PCS mantenida en el tiempo. De las personas entrevistadas que mencionan la cuestión normativa como predictor de la práctica en los CS se deducen dos ideas: primera, que el vigente Decreto Regional 29/2006 asigna el papel de secretario al Director de Zona a cambio del Coordinador del Equipo de Atención Primaria (EAP) y olvida incluir en los CSZ al representante de la Consejería, y a ello se atribuye la menor frecuencia de reuniones, que según las actas incumple la periodicidad establecida reglamentariamente, y la importante pérdida de conexión con el CRS al no existir tampoco elementos de enlace entre CS ni entre vocales; y segunda, que este Decreto no resulta una guía útil para el desempeño de la participación en estos órganos y debe amoldarse a la realidad. Así, la normativa vigente recoge las mismas funciones para los CSZ que para los CS de área, separándolos por su ámbito de competencia, y ello provoca que la mayoría de las reuniones de los CSZ consistan únicamente en aclarar sus funciones.

En cuanto a las circunstancias sociales que afectan al ejercicio de la PCS, se ha destacado la necesidad de esta para humanizar las políticas de salud y afrontar de forma eficaz e integral la situación sociosanitaria y el problema de la cronicidad. Sin embargo, todas las iniciativas sobre participación en CS se quedan solo como experiencias concretas carentes de metodología y de proyección en el tiempo: «Hay un problema de sordera desde los tres protagonistas: el político, los técnicos y los ciudadanos» (entrevista 3).

A pesar de identificarse normativamente la PCS como derecho ciudadano y recurso del EAP para la promoción de la salud, su falta de reconocimiento por parte de la Administración sanitaria como una de las labores profesionales desincentiva su desempeño. El carácter voluntarista condiciona la asiduidad; en los CSZ, la asistencia media es del 51%, siendo recurrente la ausencia de ciertos representantes (de centros escolares y de algún sindicato que no han asistido nunca) y destacable que al 83% de las reuniones no ha acudido algún representante del EAP y al 61% no ha asistido ninguno.

Desempeño

Se consideran el funcionamiento de los CS, las reuniones y el papel desarrollado por sus diferentes miembros.

Con el Decreto 29/2006, la periodicidad de las reuniones se reduce de trimestral a cuatrimestral. Todas las personas entrevistadas mencionan la discontinuidad de las reuniones, que consideran un aspecto clave para el desarrollo de la PCS. La irregularidad observada provoca una menor implicación de sus miembros y supone una dilución de la PCS, que acaba en el olvido y la indiferencia: «[...] como no creen en la participación comunitaria, no convocan. Indiferencia total... Hasta nosotros nos hemos olvidado» (entrevista 10).

Esto es observable en el recuento de las actas publicadas en la mayoría de los CSZ. Por otro lado, el CRS presenta una alta asistencia (87%), si bien solo se ha reunido en tres ocasiones desde su última constitución, en 2007, incumpliendo la periodicidad establecida.

Tabla 5

Cambios en la composición del Consejo Riojano de Salud y de los Consejos de Salud de Zona por las modificaciones normativas en La Rioja

Representación	Consejo Riojano de Salud	
	Ley 4/1991	D. 29/2006
<i>Consejería de Salud^a y Gobierno Regional</i>	6	10
<i>Miembros por vocalía:</i>		
Entidades locales (ayuntamientos)	4	3
Universidad	1	1
Organizaciones sindicales, empresariales y consumidores	10	5
Sociedades científicas	0	2
Organizaciones colegiales	5	5 ^b
Asociaciones ciudadanas	0	1
<i>Total</i>	26	27
Consejos de Salud de Zona		
	D. 83/1990	D. 20/1995
<i>Representación entidades locales^c</i>	5	5
<i>Secretario</i>	1	1 ^d
<i>Miembros por vocalía:</i>		
Organizaciones sindicales, empresariales y consumidores	5	5
Vocal de consejos escolares	1	1
Vocal de servicios sociales	1	1
Asociaciones ciudadanas	2	2
Vocales del Equipo de Atención Primaria	2	3
Vocal de la Consejería de Salud	0	1
Técnico de sanidad ambiental	0	1
<i>Total</i>	17	20
		D. 29/2006
		15

^a Incluidos el presidente (Consejero de Salud) y el vicepresidente.^b Un vocal por colegio profesional (medicina, enfermería, veterinaria, farmacia, psicología/trabajo social). Se sustituye el colegio de psicólogos por el de trabajadores sociales.^c Incluido el presidente: alcalde/concejal elegido entre los ayuntamientos de la zona.^d Pasa a ser el Director de la Zona en vez del Coordinador del Equipo de Atención Primaria.

En cuanto a la distribución y la articulación del proceso participativo en los CS, sobre la organización de las sesiones se reconoce unánimemente la importancia del presidente en el desarrollo de las sesiones y se rebaja la propia responsabilidad como vocales: «Las reuniones dependen mucho de las personas que las dirijan» (entrevista 10).

Todos consideran que la PCS es un proceso de implicación por ambas partes: Administración y ciudadanía (incluyendo el personal sanitario). También es compartida la idea de que hay una excesiva representación de la Administración, porque merma la posibilidad de maniobra y decisión del resto de los miembros: «[...] están absolutamente politizados... la Administración y los municipios son prácticamente mayoría en las reuniones, aunque no descartado» (entrevista 7).

Esta valoración se ve confirmada por la normativa vigente, que potencia la representación de la Administración sanitaria en detrimento de la representación ciudadana, que además, en gran parte, corresponde a corporaciones locales en lugar de a otras organizaciones ciudadanas (tabla 5). A su vez, la renovación de cargos no se realiza con la frecuencia estipulada y resulta un proceso complejo, especialmente con la representación ciudadana por la gran variabilidad social existente.

Las personas entrevistadas también destacan el desempeño del papel de vocal-representante y la dinámica de los CS, observándose cuatro ideas claras:

1. Unánimemente refieren la condición no vinculante de los CS, convocados para cumplir la legalidad y con una misión informativa o de persuasión por parte la administración: «Las decisiones

suelen tomarse por consenso y no son vinculantes, tienen funciones muy limitadas» (entrevista 8).

2. Hay discordancia entre la postura de la representación de la Administración, que dice tener interés en incentivar la PCS, y la percepción del resto de los miembros.
3. No todos los vocales asumen la función de mediador entre la Administración y el colectivo que representan.
4. La dinámica de los CS se entiende como un proceso bidireccional, aunque en la práctica no sea así entre miembros ni entre CS. No existe contacto entre quienes participan y hay un desconocimiento recíproco de sus respectivas funciones: «El vínculo entre los CSZ y el CRS creo que es nulo» (entrevista 4); «Los coordinadores de participación eran la conexión, pero marean la perdiz y la gente se cansa» (entrevista 5); «[...] no llega la información a la gente interesada, ni sus demandas a los consejos» (entrevista 1).

De la lectura de las actas se desprende la ausencia de organigrama y de mecanismos de comunicación que faciliten la relación entre CS y una adecuada dinámica para el traslado de propuestas o iniciativas, evidenciándose así la necesidad de elaborar una estrategia de PCS que aborde estas cuestiones.

En cuanto al desarrollo de las reuniones, las actas muestran que la función más realizada en los CS es la transmisión de información: un 75% en el CRS y un 45,4% en los CSZ (tabla 1). Según las personas entrevistadas, en el CRS principalmente «se analizan y aprueban documentos» que para una mayoría de los vocales resultan complejos: «[...] les cuentan una historia que parece lógica y qué van a decir» (entrevista 10).

En menor medida, el CRS ejerce la función de control de los CSZ (16%), que se limita a señalar la infrecuencia de sus reuniones. En el caso de los CSZ, sus funciones son el estudio de los problemas de salud de la zona (19%) y las propuestas de mejora (10,5%), referidas únicamente a cuestiones de gestión de recursos humanos o materiales: «Lo que pide un alcalde es mejoras y más mejoras de sanidad y tecnología» (entrevista 1).

Respecto a la percepción de utilidad y la visión de los CS, al valorarlos globalmente hay diferentes posiciones. La Administración tiene grandes ambiciones sobre su utilidad, aunque reconoce que actualmente no cumplen las expectativas. Esta puntualización es ratificada por la mayoría de los vocales, que creen complicada la mejora sin una mayor concienciación de la dirección: «[...] los CSZ se convocan porque venden muy bien... queda más como una foto» (entrevista 9).

Discusión

A partir de los resultados obtenidos se evidencia una realidad de los CS de La Rioja como órganos de PCS con actuaciones alejadas de un entendimiento integral de la salud y una normativa poco explícita del proceso organizativo, y rígida en la esfera de la participación ciudadana.

Nuestro trabajo muestra la pertinencia de aumentar la flexibilidad en la composición de los CS, abriéndola más a la ciudadanía y reduciendo la presencia de la Administración y el protagonismo biomédico-sanitario, lo que de acuerdo con diversos autores^{5,17,19,21,22} mejoraría el funcionamiento de estos órganos y reduciría el paternalismo político en salud. En nuestro caso, la Administración se excusa por falta de recursos, limitaciones de agendas y la insuficiente implicación ciudadana. Si bien hemos observado que al personal sanitario se le reconoce mayor autoridad en la toma de decisiones, Santana et al.¹⁷ y Aguilar¹⁹ afirman que los CS son más estables si hay un mayor protagonismo de los representantes ciudadanos.

Ruiz-Giménez¹⁵ y Segura¹⁸ sugieren potenciar la conciencia social y política de la PCS como herramienta eficiente para acercar las demandas sociales a la gestión pública, y asumir los CS como «engranajes institucionales»²³ de la propia Administración; cuestiones que también están recogidas en nuestro trabajo. Nuestros resultados coinciden igualmente con los de diversos autores^{5,6,12,15} en reivindicar el carácter vinculante de los CS. Ello aumentaría el interés sobre estos órganos que, según se observa en el estudio, se centran en la transmisión de información y desatienden otras funciones establecidas formalmente. Consideramos también importante disponer de una guía de acción de PCS y un adecuado marco institucional que desarrolle un proceso real de PCS y flexibilice el ámbito de participación en los CS.

La escasa investigación existente muestra una gran variedad de funcionamiento de los CS, de nivel de asistencia y de funciones desarrolladas. De acuerdo con varios autores^{7,24–26} que consideran relevantes los aspectos de corresponsabilidad, retroalimentación de las medidas, apoyo institucional mantenido en el tiempo, y frecuencia de las reuniones y asistencia a ellas, nosotros observamos a partir de las entrevistas que esta asistencia podría aumentar con la inclusión de la PCS en la cartera de servicios profesionales del EAP. Por el contrario, Aguilar¹⁹ muestra una mayor asistencia de los/las profesionales y una mayor prevalencia de las funciones decisorias frente a las informativas, pese a la frecuente ausencia de acuerdos.

Aunque los defensores de la PCS apuestan por sustituir los CS por nuevas fórmulas, ya sean jurados de ciudadanos o paneles de consultores¹, los CS serían un instrumento válido y eficaz si se incorporaran algunas medidas señaladas en este trabajo: perfeccionar su regulación, procurar mayor apertura a la ciudadanía, integrar la PCS entre las competencias profesionales sanitarias y aumentar la capacidad decisoria vinculante y la retroalimentación de sus acuerdos. Todo ello, dentro de un plan estratégico que sitúe los CS en un sistema global e integrador de los distintos instrumentos de PCS, con decidida implicación de los gestores públicos y, de acuerdo con otros autores^{6,27,28}, una adecuada formación de todos los actores implicados unificando conceptos y mejorando la dinámica de grupos.

Una limitación del estudio es la representatividad ciudadana en las entrevistas, que puede condicionar el significado que para la comunidad tienen los CS. En futuras líneas de investigación parece conveniente ampliar también el campo de estudio a otros ámbitos territoriales, para poder observar cómo las posibles diferencias en términos de regulación, impulso político y respuesta ciudadana afectan a la calidad de la PCS y a la actuación de los servicios de salud.

¿Qué se sabe sobre el tema?

Los consejos de salud son los órganos formales de participación comunitaria en salud, pero su funcionamiento es casi inexistente, desconocido o eludido. Factores explicativos son la falta de voluntad política y la hegemonía de la Administración y los sanitarios. La ciudadanía no los identifica como órganos de acción para la salud.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Muestra el funcionamiento biomédico de los consejos de salud como reflejo de la Administración y los profesionales que los controlan, y de una normativa poco explícita del proceso y rígida en el ámbito de la participación. La sistematización del proceso de intervención comunitaria, su reconocimiento como competencia profesional y la retroalimentación de propuestas vinculantes son aspectos clave para una mejor práctica.

Editora responsable del artículo

Erica Briones-Vozmediano.

Declaración de transparencia

El autor principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

Contribuciones de autoría

Se garantiza que las personas firmantes cumplen realmente los criterios de autoría y que no se excluye a nadie que los cumpla. El primer autor y de correspondencia realizó la investigación y la redacción del artículo. El resto de los autores revisaron y realizaron aportaciones al planteamiento, la elaboración y la redacción de todo el proceso.

Agradecimientos

La realización de este trabajo ha sido posible gracias a la disposición y la colaboración de muchas personas. Cabe destacar la atención prestada por responsables de la Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja. También es preciso agradecer a los participantes en el estudio, de quienes se debe respetar el anonimato, por su tiempo y opiniones, y a otras personas que nos han facilitado el acceso a fuentes de información o han intermediado para conseguirlo.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Gonçalves P, López M, Gil J. Informe Cronos: hacia el cambio de paradigma en la atención a enfermos crónicos. Boston Consulting Group; 2014. 64 p.
2. Jovell AJ, Navarro Rubio MD. La voz de los pacientes ha de ser escuchada. Informe SESPAS 2008. Gac Sanit. 2008;22(Supl 1):192–7.
3. Costa-Font J. Participación colectiva y revelación de preferencias sobre programas sanitarios: un enfoque de sistema sanitario. Gac Sanit. 2005;19:242–52.
4. Friesen-Storms JHHM, Bours GJJW, van der Weijden T, et al. Shared decision making in chronic care in the context of evidence based practice in nursing. Int J Nurs Stud. 2015;52:393–402.
5. Landerdhal MC, Unfer B, Braun K, et al. Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático? Cien Saude Colet. 2010;15:2431–6.
6. Escartín Lasierra P, López Ruiz V, Ruiz-Giménez Aguilar JL. La participación comunitaria en salud. Comunidad. 2015;17:1–8.
7. Martínez-Riera JR. Participación e intervención comunitaria. En: Martínez-Riera JR, del Pino-Casado R, editores. Enfermería en Atención Primaria. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2006. p. 528–58.
8. Fernández-Lamelas E, Vega-Monteaudo C. Participación comunitaria en salud: ¿realidad o ficción? Enferm Clínica. 2010;20:213–5.
9. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma Ata. Kazajstán: OMS; 1978.
10. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa. Canadá: OMS; 1986.
11. Fernández López MD, Maynar Mariño I. Atención primaria y procesos comunitarios: intervención y participación comunitaria. Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria. 2008;16:1–7.
12. Arnstein SR. A Ladder of citizen participation. J Am Inst Plann. 1969;35:216–24.
13. El empoderamiento. Fundación para las Relaciones Internacionales y el Diálogo Exterior. 2006;1:1–8.

14. Núñez H, Crespo E, Úca X, et al. Enfoques de evaluación orientados a la participación en los procesos de acción comunitaria. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*. 2014;24:79–103.
15. Ruiz-Giménez Aguilar JL. Participación comunitaria. Documento de discusión sobre un modelo de participación comunitaria en el Sistema Nacional de Salud del Estado español. *Comunidad*. 2005;8:62–72.
16. Antoñanzas Lombarte A. Los consejos de salud: cauces de participación en el sistema sanitario. *Trabajo Social y Salud*. 2002;41:161–3.
17. Santana de Paiva F, Johannes Van Stralen C, Antunes da Costa PH. Participação social e saúde no Brasil: revisão sistemática sobre o tema. *Cien Saude Colet*. 2014;19:487–98.
18. Segura A. La participación ciudadana, la sanidad y la salud. *GCS*. 2010;12: 55–62.
19. Aguilar Idáñez MJ. La participación comunitaria en salud: ¿mito o realidad? Madrid: Díaz de Santos; 2001. 199 p.
20. Carabaña Morales J, Lamo de Espinosa E. La teoría social del interaccionismo simbólico. *Rev Esp Invest Sociol*. 1978;1:159–204.
21. Busana JA, Heidemann IT, Wendhausen AL. Popular participation in a local health council: limits and potentials. *Text Context Nursing*. 2015;24:442–9.
22. Pereira Wendhausen AL. Relaciones de poder y democracia en los consejeros de salud en Brasil: estudio de un caso. *Rev Esp Salud Publica*. 2006;6:697–704.
23. O'Shanahan JJ. Los consejos de salud en Canarias. Entre la ilusión y el escepticismo. *Salud*. 2000. 2006;19:18–9.
24. Farias Filho MC, da Silva AN, Mathis A. Os limites da ação coletiva nos Conselhos Municipais de Saúde. *Cien Saude Colet*. 2014;19:1911–9.
25. Cerezo Espinosa de los Monteros JJ, Hermosilla Gago T, Briones Pérez de la Blanca E, et al. Descripción de iniciativas de participación ciudadana en la planificación e implementación de políticas en sistemas sanitarios públicos. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; Informe 3/2006; 2006.
26. Kleba ME, Matielo A, Comerlatto D, et al. O papel dos conselhos gestores de políticas públicas: um debate a partir das práticas em Conselhos Municipais de Chapecó (SC). *Cien Saude Colet*. 2010;15:793–802.
27. Dib Zambón V, Niituma Ogata M. Controle social do Sistema Único de Saúde: o que pensam os conselheiros municipais de saúde. *Rev Bras Enferm*. 2013;66:921–7.
28. Ramiro LS, Castillo FA, Tan-Torres T, et al. Community participation in local health boards in a decentralized setting: cases from the Philippines. *Health Policy Plan*. 2001;16:61–9.